

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ, MORTE FETAL  
E PERDA PERINATAL: LUTO E FATORES PROTETORES**

**Catarina Sofia de Ávila Mendonça**

Mestrado Integrado em Psicologia  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia  
Cognitiva-Comportamental Integrativa)

**2018**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ, MORTE FETAL E PERDA  
PERINATAL: LUTO E FATORES PROTETORES**

Catarina Sofia de Ávila Mendonça

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria João Afonso  
e pelo Professor Doutor João Justo**

Mestrado Integrado em Psicologia  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia  
Cognitiva-Comportamental Integrativa)

**2018**



## *Agradecimentos*

Aos meus pais, por tudo. Pelo apoio incondicional, pela confiança e por me terem dado asas para voar, amparando-me sempre, sendo a minha base segura, independentemente dos erros, medos e possíveis desilusões. Sem vocês, eu não estaria aqui, hoje.

À minha orientadora, que muito admiro, Professora Doutora Maria João Afonso. Agradeço-lhe muito por me ter guiado e motivado ao longo de todo este turbulento processo e pela forma paciente e calma com que sempre lidou comigo, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Doutor João Justo, meu coorientador, por, sem qualquer obrigação, ter aceite orientar-me e apoiar-me neste processo, ouvindo sempre as minhas ideias e dúvidas, ajudando-me a dar-lhes forma. Sem ele, este projeto não teria sido possível.

À Professora Doutora Rosa Fontes por, além de ser uma pessoa que, ao longo dos anos, sempre se demonstrou disponível para me apoiar e ajudar em termos académicos e pessoais, ter contribuído para este projeto, no processo de retroversão do instrumento.

Aos amigos da faculdade, que levo para a vida. Recordarei sempre com carinho todos os momentos de riso, felicidade e alegria sem esquecer os de nervosismo e de estudo desesperado, mas especialmente, de apoio incondicional.

Por fim mas não menos importante, aos amigos ilhéus, por me fazerem tão bem, estando tão longe. Ir a casa sempre foi um reconforto muito devido a vós, que sempre me apoiaram no que fui, no que sou e no que no futuro anseio ser. Obrigada por terem acreditado sempre em mim, mesmo quando eu própria, de mim, duvidei.



## Resumo

**Introdução:** A perda da gravidez interrompe um processo criativo, acarretando consequências psicológicas. **Objetivo:** Examinar a presença e influência de fatores protetores na fase de luto subsequente a IEG tardia, morte fetal ou perda perinatal. **Hipóteses:** A satisfação conjugal e o apoio social desempenham um papel protetor durante o trabalho de luto subsequente à perda reprodutiva. **Instrumentos:** a) Escala de Luto Perinatal (Toedter et al., 1988), traduzida e adaptada para a língua Portuguesa para esta investigação; b) Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996); c) Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999). **Participantes:** Mulheres (N = 30) com história obstétrica de pelo menos uma perda gestacional ocorrida após 12 semanas de gravidez. As entrevistas foram conduzidas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (N = 17) e no contexto dos contatos sociais da investigadora (N = 13). As hipóteses foram testadas com análises de regressão linear. **Resultados:** As hipóteses não se confirmaram. No entanto, variáveis clínicas como o número de gravidezes e o número de mortes fetais mostraram contribuir negativamente para a explicação da variância da intensidade do processo de luto. **Conclusão:** A intervenção clínica no luto perinatal deve ter em conta a influência das variáveis agora identificadas, uma vez que podem traduzir uma incapacidade de envolvimento emocional em gestações futuras.

**Palavras-chave:** Luto Perinatal, IEG, Morte Fetal, Perda Perinatal, Fatores Protetores, Apoio Social, Satisfação Conjugal.





## Abstract

**Introduction:** The loss of pregnancy interrupts a creative process, and brings psychological consequences. **Goal:** To examine the presence and influence of protecting factors in the grieving phase following the late miscarriage, the fetal death or the perinatal loss. **Hypotheses:** The marital satisfaction and the social support play a protecting role during the grieving process following the reproductive loss. **Instruments:** a) Perinatal Grief Scale (Toedter et al., 1988), translated and adapted to the Portuguese language for this investigation; b) Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996); c) Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999). **Sample:** Women (N = 30) with obstetric history of at least one gestational loss occurred after 12 weeks of pregnancy. The interviews were performed in Maternidade Doutor Alfredo da Costa (N = 17) and in the context of the social contacts of the researcher (N = 13). The hypotheses were tested with linear regression analysis. **Results:** The hypotheses were not confirmed. However, clinical variables like the number of pregnancies and the number of fetal deaths displayed a negative contribution for the explanation of the intensity of the grieving process. **Conclusion:** The clinical intervention in the perinatal grief process must take into account the influence of the variables that are now identified, because they can result in an incapacity of emotional involvement in future gestations.

**Key-words:** Perinatal Grief, Spontaneous Pregnancy Interruption, Fetal Death, Perinatal Loss, Protecting Factors, Social Support, Marital Satisfaction.



## Índice

1.1.	A Gravidez .....	1
1.1.1.	Vivência Psicológica da Gravidez.....	1
1.1.2.	Interrupção Espontânea da Gravidez (IEG) .....	2
1.1.3.	Consequências Psicológicas da Perda Gestacional .....	2
1.2.	O Luto .....	4
1.2.1.	Perda e subsequente reação .....	4
1.3.	Luto na Perda Gestacional .....	5
1.3.1.	Perda gestacional precoce vs. Perda gestacional tardia .....	5
1.3.2.	Vivência do luto por perda gestacional.....	6
1.4.	Fatores Protetores .....	7
2.	Objetivos de Investigação .....	11
2.1.	Hipóteses de Investigação .....	11
3.	Metodologia de Investigação .....	11
3.1.	Identificação de Variáveis .....	11
3.2.	Operacionalização de Variáveis.....	12
3.2.1.	Questionário Sociodemográfico e Clínico .....	12
3.2.2.	Escala de Luto Perinatal .....	12
3.2.3.	Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	13
3.2.4.	Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	14
3.3.	Procedimento .....	15
3.3.1.	CrITÉRIOS de Inclusão na Amostra.....	15
3.3.2.	Caracterização da Amostra.....	16
3.3.3.	Aplicação .....	17
4.	Resultados e Discussão .....	21
4.1.	Estatísticas Descritivas das Medidas .....	21

4.2. Correlações entre as variáveis em estudo .....	24
4.3. Teste de Hipóteses .....	25
4.3.1. Análises estatísticas efetuadas .....	25
4.3.2. Teste da Hipótese 1 .....	26
4.3.3. Teste da Hipótese 2 .....	26
4.3.4. Teste da Hipótese 3 .....	27
4.3.5. Discussão do Teste de Hipóteses .....	27
4.4. Limitações .....	29
5.1. Sugestão de Estudos Futuros .....	31
6. Referências Bibliográficas .....	33
7. Anexos.....	37

## *Índice de Tabelas*

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da Amostra .....	16
Tabela 2 - Características Clínicas da Amostra.....	17
Tabela 3 - Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da Escala de Luto Perinatal e respectivas subescalas .....	21
Tabela 4 - Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da Escala de Satisfação com o Suporte Social e respectivas subescalas .....	22
Tabela 5 - Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	23
Tabela 6 - Correlação entre a EASAVIC/ respectivas subescalas e a PGS/respectivas subescalas .....	24
Tabela 7 – Correlação entre a ESSS/ respectivas subescalas e a PGS/respectivas subescalas .....	24
Tabela 8 – Correlação entre Variáveis Clínicas e a PGS/respectivas subescalas .....	25



## Índice de Anexos

Anexo I: Aprovação pela Comissão de Deontologia do Projeto de Investigação.....	37
Anexo II: Autorização dos autores para tradução, validação e utilização da <i>Perinatal Grief Scale</i> .....	38
Anexo III: Autorização dos autores para utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	39
Anexo IV: Autorização dos autores para utilização da Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	40
Anexo V: Cartas de Solicitação de Colaboração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.....	41
Anexo VI: Consentimento Informado.....	44
Anexo VII: Folha de Informação ao Participante.....	45
Anexo VIII: Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	46
Anexo IX: Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	47
Anexo X: Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	48
Anexo XI: Tradução e Retroversão da <i>Perinatal Grief Scale</i> .....	50
Anexo XII: Versão Portuguesa da <i>Perinatal Grief Scale</i> .....	52
Anexo XIII: Tabelas de Análise de Regressão.....	54





## *Enquadramento Teórico*

### *1.1. A Gravidez*

Ao longo do seu ciclo de vida, a mulher experiencia diferentes transições, nas quais uma adaptação saudável é fulcral. Assim, a gravidez é um período transitório mas crítico, em que ocorre um desenvolvimento da personalidade com importantes transições biologicamente determinadas, que requerem reajustamentos inter e intrapessoais (Bibring, 1959).

A gravidez pode ser definida como o processo que corresponde ao período de aproximadamente quarenta semanas necessárias para que seja gerada uma vida humana. Embora no início, o seu estudo tenha sido centralizado na perspetiva biológica, atualmente, é encarado como um processo biopsicossocial, de forma mais holística e integrada, considerando todas as diferentes dimensões de funcionamento do ser humano (Conde & Figueiredo, 2003 citado em Loureiro, 2017).

#### *1.1.1. Vivência Psicológica da Gravidez*

Esta é uma fase em que coexistem inúmeras ansiedades, preocupações, esperanças e alegrias no mundo intrapessoal da mulher. A relevância desta vivência psicológica tem interesse na medida em que se sabe que os processos psicossomáticos podem tomar grande importância na gestação.

No primeiro trimestre de gestação, as preocupações maternas focam-se na possibilidade de complicações durante a gravidez, de uma interrupção espontânea da mesma e de diagnóstico de malformação fetal. Ao longo do tempo, estas preocupações vão diminuindo, o que é indicativo de que o primeiro trimestre de gravidez é o mais agitado do ponto de vista psicológico (Conde & Figueiredo, 2012).

No segundo trimestre de gestação, com o surgimento dos primeiros movimentos fetais perceptíveis, é proporcionada a construção de uma identidade para o bebé e facilitada a comunicação com ele (Brazelton, 2006; Colamn & Colman, 1994). Constitui a fase que a mulher geralmente vive com menos ansiedade e preocupação (Ohman, Gunewald & Waldenstrom, 2003).

No terceiro trimestre de gravidez, o foco está no parto que se aproxima rapidamente e o surgimento de alguma ansiedade face ao medo do desconforto físico, da

perda de controlo ou da possível perda do bebé, é natural (Colman & Colman, 1994). Fatores como, a personalidade da mulher, o apoio social que a sustenta durante este período e os fatores históricos, sociais e culturais sobre a forma como a gravidez e a maternidade são percecionadas, influenciam a vivência da mulher nesta fase (Correia, 1998).

### *1.1.2. Interrupção Espontânea da Gravidez (IEG)*

A interrupção espontânea da gravidez (IEG) define-se como a perda repentina e inesperada de uma gravidez que resulta na morte fetal (Rolim & Canavarro, 2001).

Aproximadamente 80% das IEG ocorrem nas primeiras 12 semanas de gestação, sendo considerado o período de maior risco, podendo mesmo ocorrer tão precocemente que a mulher ainda não tenha conhecimento da sua condição (Rolim & Canavarro, 2001). A frequência da IEG na população é maior em mulheres com idade superior a 35 anos (Caetano et al., 2006).

### *1.1.3. Consequências Psicológicas da Perda Gestacional*

Ao examinar o tema da perda gestacional é necessário ter em atenção que esta, tal como a gravidez e a menopausa, é uma experiência vivenciada de forma diferente por cada mulher. Fatores importantes, que determinam a vivência desta fase de vida, incluem a estrutura psicológica da mulher, o possível carácter inesperado do acontecimento, a fase de vida em que a mulher se encontra e o significado atribuído à perda (Rolim & Canavarro, 2001). Assim sendo, não devem ser esperadas reações semelhantes por parte de todas as gestantes.

Segundo Sarmento e Setúbal (2003), este tipo de perda interrompe um processo criativo que acarreta consequências a curto, médio e longo prazo. Para além da perda física, esta experiência acarreta a perda de expectativas, planos futuros e idealizações relativos ao bebé que nasceria, à maternidade, e perda de autoestima e de parte do *self* (Lee & Slade, 1996).

O início do estudo da temática focou-se principalmente em sintomatologia depressiva, devido à morte gestacional ser encarada como uma perda e a depressão ser uma patologia associada à perda de algo. No entanto, a ansiedade é também muito comum e tem sido objeto de estudo nas últimas décadas (Geller, Kerns & Klier, 2004).

Contrariamente ao esperado, a investigação tem obtido maior evidência da presença de sintomatologia ansiosa do que depressiva após a perda reprodutiva (Lee & Slade, 1996).

Segundo a amostra de Cumming e colaboradores (2007), um mês após a IEG, 23.8% das mulheres estavam acima do limiar clínico de ansiedade e 10% acima do limiar clínico de depressão. Embora estes valores tenham reduzido até ao 6º e 13º meses depois da ocorrência da IEG, após um ano continuavam substancialmente elevados. Apesar de o estudo ter carecido da utilização de um grupo de controlo, o mesmo parece ser indicador de que os fenómenos da IEG e de perda perinatal têm consequências a longo prazo para a saúde mental da mulher (Cumming et al., 2007).

Coexiste também a presença do sentimento de culpa, sendo este mais comum quando as mulheres sentem que foram punidas por terem tido determinadas ações contraproducentes (e.g. fumar, consumo de álcool) ou sentimentos e perceções disfuncionais (e.g. não desejar o filho). No entanto, uma perda pode ocorrer mesmo quando a mulher seguiu à risca todas as indicações médicas (Rolim & Canavarro, 2001).

Baseando o seu estudo qualitativo com mulheres que experienciaram IEG, obteve-se a culpa como tema central da experiência traumática (Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003). A amostra foi constituída por mulheres que desenvolveram perturbação psiquiátrica após a IEG e mulheres que não desenvolveram perturbação psiquiátrica subsequente. O objetivo foi procurar perceber quais os principais temas e experiências referidos relativamente à IEG. Um dos temas que sobressaiu foi a culpa, que apareceu associada a um sentimento de falha pessoal - ter feito algo errado ou desiludido outras pessoas. Este sentimento foi também associado quando as mulheres relatavam sentir-se culpadas por não estarem deprimidas ou em processo de luto, como consideravam ser esperado por mulheres que experienciavam perda gestacional (Wong et al., 2003).

Assim sendo, torna-se fundamental proceder ao estudo destas experiências de culpa e vergonha por parte de mulheres que vivenciaram perda reprodutiva, visto que estes sentimentos podem ter consequências negativas a nível psicológico e emocional criando uma barreira em relação à procura de ajuda psicológica (Wong et al., 2003).

No geral, apesar das possíveis limitações a nível metodológico, a literatura parece sustentar que uma perda gestacional tem consequências para a saúde mental e emocional da mulher. É importante e do interesse da comunidade que se proporcione apoio e acompanhamento adequados e que estes efeitos sejam tidos em conta, quando se lida com

mulheres que experienciaram na primeira pessoa uma situação que pode, muitas vezes, ser traumática e consequentemente deixar sequelas a longo prazo. Segundo diversos estudos, (Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., & Williams, Z., 2015; Wong, M., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A., 2003, citados em Loureiro, 2017), grande parte das mulheres que passam por uma IEG consideram que não receberam o devido apoio por parte das equipas médicas, relatando que os técnicos demonstraram ser pouco apoiantes e empáticos.

## *1.2. O Luto*

O luto caracteriza-se pela resposta afetiva natural de um indivíduo face à perda da sua ligação física relativamente a um objeto significativo, caracterizando-se assim como um fenómeno abstrato, mental e natural do desenvolvimento (Badenhorst & Hughes, 2007). Ao longo do ciclo de vida, as perdas físicas mas também psíquicas são um processo constante e que em si implicam processos de luto (Cavalcanti, Samczuk, & Bonfim, 2013). Assim, o luto pode ser definido como um processo dinâmico complexo que engloba a personalidade do indivíduo e, portanto, todas as funções, atitudes e defesas do Eu, bem como as relações com os outros (Grinberg, 2000).

Entre os marcadores do processo de luto encontra-se a tristeza, a irritabilidade, o sono e o apetite afetados e, em casos mais profundos a pessoa pode manifestar mal estar psicológico agravado e depressão. A raiva contra o mundo ou o *self* pode também coexistir, no sentido de ser uma manifestação da falha que o indivíduo sente ao não ter conseguido proteger o ente querido (Badenhorst & Hughes, 2007).

Para obter a teorização do luto, Melanie Klein (1940, citada por Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013) defendeu que, durante este processo, dar-se-ia uma reativação da posição depressiva, ou seja, o indivíduo seria confrontado não só com uma perda real do objeto, mas também com uma perda simbólica do mesmo. O processo de luto é lento e doloroso devido a implicar que se desliguem as lembranças e expectativas relacionadas com quem o indivíduo perdeu (Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013).

### *1.2.1. Perda e subsequente reação*

O luto é constituído por dois componentes possíveis de identificar: a perda e a reação característica (Barbosa & Neto, 2010). A perda pode ser real ou simbólica. Quando se trata da perda de algo real, esta pode ser de um ente querido, animal ou objeto, enquanto

a perda simbólica corresponde à perda abstrata, ou seja, de uma expectativa, ideal ou potencialidade. Estes autores apresentam a ideia dicotômica de que a perda, apesar de comum, é em si única. Comum, porque todos lidam com a perda de algo ou alguém em determinado momento da vida. Única, porque cada perda é acompanhada de um simbolismo próprio e não generalizável, para o próprio.

Ainda segundo Barbosa e Neto (2010), a reação da pessoa à perda difere consoante a vivência pessoal do luto. Assim, existem fases de elaboração do luto, sendo que cada uma se define com características específicas, envolvendo diferentes aspetos emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais.

### *1.3. Luto na Perda Gestacional*

Ao perder um bebé, não é unicamente a perda do filho aquilo com que os pais se veem obrigados a lidar. É também identificável a perda da autoestima de cada gestante associada ao sentimento de fracasso relativamente à proteção que deveriam ter tido a capacidade de proporcionar à criança, a perda de estatuto enquanto pais, a perda existencial no sentido de haver um espectro de continuidade intimamente ligada aos filhos e por último, a perda de expectativas de futuro que imaginaram e planearam para o filho (Pina Cabral, 2005).

Com base na *Public Health Agency of Canada* (2000, citada por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010), o termo “perda gestacional” engloba todo um conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto, incluindo o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congénitas no feto.

#### *1.3.1. Perda gestacional precoce vs. Perda gestacional tardia*

A fase perinatal decorre entre as 20 semanas de gravidez e os primeiros 7 dias de vida do bebé (Rolim & Canavarro, 2001). Num espectro mais extenso, pode ser considerado que decorre desde a fecundação até aos primeiros 28 dias de vida (Biscaia, 1996, citado em Santos, 2015).

Ao longo do tempo, a morte fetal tem-se tendencialmente definido como um conceito controverso, sendo explorada de diferentes perspetivas. Define-se, segundo Rolim e Canavarro (2001), como a “morte do bebé durante o último trimestre de

gravidez”; no entanto, com base na teorização de Corr, Nabe e Corr (1994, citados por Canavarro, 2001), são também englobadas situações em que o bebé falece durante o parto.

Na atualidade, a Direção Geral de Saúde (Nogueira, Costa, Rosa & Silva, 2013) define morte fetal como a “morte de um produto de fecundação antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez”. Segundo a mesma entidade, a morte fetal tardia é definida como sendo a “ocorrência de óbitos *in utero* em fetos com um mínimo de 28 semanas num determinado período de tempo e numa dada área geográfica”. Importante referir que as 22 semanas de gestação são o momento a partir do qual é emitido oficialmente a certidão de óbito fetal ou neonatal. Na prática, os especialistas definem a morte fetal como ocorrendo a partir das 22 semanas, sendo que as perdas anteriores se designam por interrupções da gravidez.

Segundo Rolim e Canavarro (2001), não é linear a relação entre o tempo de gestação e a vivência da perda, mas parece assente que perdas ocorridas no último trimestre assumem relevância específica. Quando a gravidez chega a esta fase, pressupõe-se que ocorra um aumento da comunicação entre a mãe e o bebé e, consequentemente, dos movimentos fetais, havendo maior perceção do crescimento do corpo do bebé, das expectativas relacionadas com o nascimento e exigência de cuidado posterior, sendo que o investimento é maior e, de forma natural, o impacto da perda mais penoso.

Quando ocorre morte fetal, o facto de a ocorrência ser inesperada, leva muitas vezes a que se viva um estado de incredulidade que pode ir de dias a semanas (Canavarro, 2005). Assim, as gestantes entram num estado de cristalização em que sentem completa incapacidade de prosseguir normalmente com as antigas rotinas do seu dia-a-dia.

### *1.3.2. Vivência do luto por perda gestacional*

O processo de luto por perda gestacional acarreta especificidades. A perda não é unicamente do bebé mas também de toda a idealização e expectativa que foi criada à volta do mesmo. Todo o processo subjacente à adaptação à nova realidade é muito doloroso, mas a passagem pelo processo de luto, é fundamental.

Focando a perda perinatal, é natural as mães experienciarem nas semanas seguintes à ocorrência, sentimentos de tristeza, irritabilidade, culpa ou sintomatologia psicossomática. A elevada prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa sugere que este tipo de reação é normativo, sendo possível, em casos graves o desenvolvimento de

psicose. A severidade dos sintomas diminui, em média, após um ano (Forrest Forrest G.C., Standish E. & Baum J.D., 1982), sendo esta diminuição normativa entre 1 a 2 anos após o episódio.

Quando se torna claro que existem complicações com o processo de parto ou nos primeiros dias de vida do bebê, os pais devem ser esclarecidos com linguagem clara e sucinta do que está a acontecer. Os progenitores valorizam que lhes seja transmitido atempadamente este tipo de informação estruturada e dado apoio psicológico durante todo o processo. Num estudo descritivo que lidou com nados gravemente doentes, foram notórios os efeitos do envolvimento dos pais no processo da tomada de decisão (e.g. retirar a ventilação quando o prognóstico de sobrevivência não era favorável). Pais que participaram na tomada de decisão e acompanharam de perto todo o processo, apesar de não demonstrarem diferenças significativas na intensidade dos sintomas de luto, apresentaram menos raiva, irritabilidade, vontade de estar só, perturbações de sono, perda de apetite, choro e depressão (Benfield D.G., Leib S.A., & Vollman J.H., 1978).

#### *1.4. Fatores Protetores*

Ao conceptualizar os fatores protetores passíveis de se assumir como recursos de apoio a mulheres que experienciaram estes episódios, surgiram dois âmbitos comuns da dinâmica social do indivíduo: o suporte social e a relação conjugal.

O suporte social pode definir-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Segundo Dunst e Trivette (1990), diz respeito aos recursos que o indivíduo tem ao seu dispor para dar resposta aos seus pedidos de ajuda e assistência.

Assim, o suporte social é um dos principais conceitos da psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998). É um fator que alivia o *stress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo se encontra numa situação de doença, tem um papel favorável na recuperação da mesma (Rodin & Salovey, 1989).

Este domínio do suporte social é multidimensional e engloba aspetos diversos que têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos. Segundo Dunst e Trivette (1990), existem cinco componentes de suporte social interligados: o componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente (e.g. apoio e rede

social do indivíduo), o componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) o componente funcional (suporte disponível, tal como emocional, informacional), o componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação), e o componente de satisfação (utilidade e ajuda fornecida). Já Weiss (1974) propunha seis dimensões do suporte social: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação.

A crença de que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde está bem apoiada na literatura (Rutter & Quine, 1996). Assim sendo, na presente investigação optou-se por integrar este recurso (família, amigos) como parte do leque de fatores protetores aos quais a mulher tendencialmente recorrerá.

Relativamente ao âmbito da relação conjugal, a procura de uma união romântica é um processo que engloba expectativas de satisfação, bem-estar e felicidade (Andrade, Garcia & Cano, 2009). O casal é visto como um todo (Alarcão, 2002 citado em Lopes, 2012; Relvas, 1996).

A teoria triangular do amor (Sternberg, 1986; Narciso, 1994/95) sugere um modelo com três componentes essenciais na relação romântica: intimidade, paixão e compromisso. Quando todos estes elementos se encontram presentes, vive-se um amor pleno. A paixão inclui atributos cognitivos tais como: pensamento intrusivo, idealização do outro ou da relação, desejo de conhecer o outro e de ser conhecido; atributos emocionais, tais como: atração pelo outro, ansiedade, insegurança, atividade fisiológica intensa e desejo de união completa e permanente; atributos comportamentais, tais como: estudar o outro, servir o outro, manter proximidade física e ações para determinar os sentimentos do outro. A intimidade envolve revelação mútua de informações próprias, escuta recíproca de confidências, preocupação e cuidados com o outro, amizade, e compreensão mútua. O compromisso é caracterizado pelo desejo de continuar a relação, e pelo empenho na relação. Segundo Narciso (1994/1995) ao longo do tempo há um predomínio da intimidade, relativamente à paixão e ao compromisso. O amor engloba todo um conjunto de sentimentos positivos referenciando a pessoa amada, entre eles: o carinho, a paixão, a comunicação, a proteção, a intimidade, e também o sofrimento (Relvas, 1996).



A relação conjugal saudável pressupõe uma relação amorosa íntima e o bem-estar e satisfação na relação são influenciados por diversos fatores, entre os quais a intimidade (física e emocional) e a sexualidade conjugal. Estes constituem, assim, os pilares fundamentais da avaliação positiva do estado da relação feita pelo casal (Andrade, Garcia & Cano, 2009). Tendo em conta que a satisfação conjugal, a intimidade e a satisfação sexual são considerados elementos vitais à relação amorosa, estes domínios são neste estudo avaliados no sentido de que, por um lado, acaba por não ser só a mulher que experiencia a perda gestacional, pois também o parceiro atravessa um período de dor e sofrimento pela perda da expectativa de no futuro vir a ser pai. Por outro lado, o casal apoia-se mutuamente o que poderá traduzir-se como recurso essencial para a mulher que acaba de viver esta experiência.

Assim sendo, este é um domínio que é apontado como possível fator protetor, visto que a relação conjugal engloba a intimidade emocional, que será tendencialmente uma fonte de apoio importante para o casal, neste caso para a mulher, ao atravessar este momento de sofrimento.

Nesta sequência e fazendo a integração dos diversos temas abordados, o objetivo da presente investigação centra-se na temática da perda espontânea tardia da gravidez (IEG), na morte fetal e na perda perinatal. A abordagem desta área tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o impacto psicológico e emocional que esta experiência pode despoletar na mulher, ao longo da subsequente fase de luto nomeadamente identificando os fatores protetores (ou eventualmente agravantes) da experiência emocional do luto pós-IEG tardia, morte fetal e perda perinatal.

É, então esta a questão central que emerge das temáticas anteriormente abordadas:

Será a intensidade da vivência do processo de luto, em mulheres que sofreram um aborto espontâneo tardio, morte fetal ou perda perinatal, passível de ser afetada pela presença de fatores protetores? Em caso afirmativo, que fatores são esses?

Posto isto, serão, seguidamente, avançados os objetivos específicos e as hipóteses que direcionam o presente estudo.



## 2. *Objetivos de Investigação*

A presente investigação pretende averiguar se existem fatores protetores que auxiliem a mulher na vivência do processo de luto após aborto espontâneo tardio, morte fetal ou perda perinatal.

### 2.1. *Hipóteses de Investigação*

De seguida, são apresentadas as hipóteses definidas para este estudo:

Hipótese 1 – A satisfação conjugal é um bom preditor estatístico da vivência do processo de luto em mulheres que sofreram aborto espontâneo tardio, morte fetal ou perda perinatal.

Hipótese 2 – O apoio social é um bom preditor estatístico da vivência do processo de luto em mulheres que sofreram aborto espontâneo tardio, morte fetal ou perda perinatal.

Hipótese 3 – O número de perdas reprodutivas, quer se trate de abortos espontâneos tardios, mortes fetais ou perdas perinatais é um bom preditor estatístico da vivência do processo de luto em mulheres que sofreram aborto espontâneo tardio, morte fetal ou perda perinatal.

## 3. *Metodologia de Investigação*

### 3.1. *Identificação de Variáveis*

Para todas as Hipóteses, a variável dependente é a vivência do processo de luto.

Para a Hipótese 1, a variável independente é a satisfação conjugal. Para a Hipótese 2, a variável independente evocada é o apoio social. Relativamente à Hipótese 3, a variável independente é o número de perdas reprodutivas.

É, igualmente, necessário controlar outras variáveis que poderão potencialmente afetar os resultados. Nomeadamente: a idade da mulher, o número de anos de estudo com sucesso, o estatuto ocupacional, o estatuto socioeconómico, o estatuto conjugal, o número de filhos, a existência de historial de problemas psicológicos/psiquiátricos, o número de anos de relação conjugal, o número de relações anteriores, a idade do companheiro, a escolaridade do companheiro e, por fim, a história obstétrica.

### *3.2. Operacionalização de Variáveis*

#### *3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico*

O questionário sociodemográfico e clínico foi construído com o objetivo de recolher dados que permitissem caracterizar a amostra e controlar variáveis moderadoras que pudessem influenciar a testagem das hipóteses. Foram incluídas informações pessoais relevantes, sobre a relação conjugal atual e informação clínica no âmbito da história obstétrica.

Descrevendo mais detalhadamente, a informação demográfica inclui as seguintes variáveis: data de nascimento, nacionalidade, escolaridade, profissão, estatuto conjugal, estatuto ocupacional, nível de apoio familiar e social, acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior e atual. Relativamente ao âmbito da relação conjugal, estão incluídos os anos de relação, número de relações anteriores, filhos de relações anteriores e detalhes acerca do companheiro, entre os quais a idade, escolaridade e profissão. Quanto à história obstétrica, é questionado o número de gravidezes anteriores, a ocorrência de complicações em gravidezes anteriores, número de interrupções espontâneas da gravidez, número de perdas perinatais, número de interrupções voluntárias da gravidez, semanas de gravidez, se a gravidez é planeada e desejada, número de consultas da gravidez anterior, problemas de saúde na gravidez anterior, ocorrência de gravidezes de risco e, se sim, qual o motivo, se houve baixa médica e, em caso afirmativo, por quanto tempo, número de meses desde a última IEG, quantas semanas de gravidez tinha quando descobriu que estava grávida e causa da última IEG, morte fetal ou perda perinatal.

#### *3.2.2. Escala de Luto Perinatal*

A Escala de Luto Perinatal foi construída com o objetivo de incorporar as diferentes dimensões que a literatura aborda sobre o tema. A escala original foi formulada na língua inglesa e era constituída por 104 itens respondidos numa escala de Likert com opções de resposta desde o 1 (Concordo fortemente) até ao 5 (Discordo fortemente). A partir desta escala, foram criadas duas versões: a escala longa, que foi ainda assim, encurtada para 84 itens ( $\alpha = .97$ ) e a escala curta de 33 itens ( $\alpha = .95$ ) (Potvin, Lasker & Toedter, 1989), sendo esta última a que foi utilizada nesta investigação.

Embora esta escala tenha sido construída com base nas dimensões teóricas do luto, como descrença, raiva, solidão e culpa, a análise fatorial dos dados permitiu conceptualizar uma estrutura tri-fatorial (Potvin et al., 1989). A primeira subescala foi nomeada como Luto Ativo e inclui onze itens (1,3,5-7,10,12-14,19,27) que enfatizam a tristeza, a saudade do bebé e o choro pela perda. A segunda subescala definiu-se como Dificuldade de *Coping* e inclui onze itens (2,4,8,11,21,24-26,28,30,33) que sugerem dificuldade em executar tarefas diárias e sociais, potencialmente indicadores de depressão. A última subescala foi designada como Desespero e utiliza onze itens (9,15-18,20,22,23,29,31,32) que remetem para sensações de desesperança e de inutilidade. Nestes três fatores, é necessário inverter todos os itens à exceção do item 11 e do item 33.

No estudo que possibilitou a criação da presente escala, este instrumento foi aplicado a 194 participantes do sexo feminino que tinham experienciado IEG, morte fetal, perda perinatal e gravidez ectópica. Nesta investigação, as várias escalas deste instrumento demonstraram a seguinte consistência interna: a) Luto Ativo ( $\alpha = 0.92$ ), b) Dificuldade de *Coping* ( $\alpha = 0.91$ ), c) Desespero ( $\alpha = 0.86$ ) (Potvin, Lasker & Toedter, 1989).

De forma a ser possível aplicar esta escala na população Portuguesa, e visto não ter sido previamente traduzida e adaptada a esta população, a sua tradução foi realizada pela investigadora e pela Professora Doutora Maria João Afonso, no âmbito da presente dissertação. De seguida, foi realizada a retroversão, com auxílio de uma professora de inglês que viveu durante várias décadas nos Estados Unidos da América, Dra. Rosa Fontes, e foram comparadas as duas versões de língua inglesa, original e retrovertida. As pequenas diferenças encontradas entre as duas versões foram então ponderadas pelas autoras da tradução e os respetivos itens aperfeiçoados, no sentido de melhor se aproximarem do seu sentido ou intenção original.

### 3.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi desenvolvida e publicada por Pais-Ribeiro (1999). Esta é constituída por 15 frases que são formuladas como um conjunto de afirmações para autopreenchimento. As respostas expressam-se numa escala de *Likert* constituída por cinco níveis que incluem: A (Concordo Totalmente), B (Concordo na Maior Parte), C (Não Concordo nem Discordo), D (Discordo na Maior parte) e E (Discordo Totalmente).

Estes 15 itens distribuem-se por quatro dimensões: 1) SA (Satisfação com amigos) que inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15), 2) IN (Intimidade) que inclui quatro itens (1, 4, 5, 6), 3) SF (Satisfação com a família) que inclui três itens (9, 10, 11) e, por último, 4) AS (Atividades sociais) que inclui três itens (2, 7, 8).

A pontuação total da escala resulta da soma dos 15 itens. A cada item é atribuído o valor entre 1 e 5 sendo que 1 corresponde a Concordo Totalmente e 5 corresponde a Discordo Totalmente. Os itens 4, 5 e entre 9 e 15 necessitam de ser invertidos. A pontuação final total varia entre 15 e 75 sendo que, quanto maior a pontuação obtida, maior é o suporte social percebido pelo indivíduo. As várias escalas deste instrumento têm a seguinte consistência interna: a) Satisfação com amigos ( $\alpha = .83$ ), b) Intimidade ( $\alpha = .74$ ), c) Satisfação com a família ( $\alpha = .74$ ) e d) Atividades sociais ( $\alpha = .64$ ). Somando todos itens obtém-se uma Escala Total cuja consistência interna é boa ( $\alpha = .85$ ).

#### *3.2.4. Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida*

##### *Conjugal*

Esta escala foi criada em 1996, por Narciso e Costa e é composta por 44 itens, nos quais os sujeitos avaliam a sua satisfação relativamente a duas dimensões da conjugalidade: Funcionamento Conjugal e Amor. Dentro destes dois domínios, o instrumento permite, ainda, distinguir cinco áreas do Funcionamento Conjugal (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extrafamiliares e comunicação e conflitos) e ainda cinco áreas da dimensão Amor (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade e características físicas e psicológicas).

A resposta a este instrumento faz-se numa escala Likert, com a correspondência de pontos feita da seguinte forma: 1 (Nada Satisfeito), 2 (Pouco Satisfeito), 3 (Razoavelmente Satisfeito), 4 (Satisfeito), 5 (Muito Satisfeito) e 6 (Completamente Satisfeito). Quanto às características psicométricas do instrumento, aquando da sua revisão psicométrica (Narciso, 2010), a análise fatorial revelou a existência de sete fatores principais definidos por: 1) Intimidade Emocional que inclui dezoito itens (19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44), 2) Sexualidade que inclui seis itens (23-28), 3) Comunicação/ Conflito que inclui sete itens (14, 15, 16, 17, 18, 21, 22), 4) Funções Familiares que inclui quatro itens (1-4), 5) Rede Social que inclui três itens (7-9), 6) Autonomia que inclui quatro itens (10-13) e, por último, 7) Tempos Livres que inclui os restantes dois itens (5,6).

As várias escalas deste instrumento têm a seguinte consistência interna: a) Intimidade Emocional ( $\alpha = .96$ ), b) Sexualidade ( $\alpha = .93$ ), c) Comunicação/ Conflito ( $\alpha = .91$ ), d) Funções Familiares ( $\alpha = .84$ ), e) Rede Social ( $\alpha = .73$ ), f) Autonomia ( $\alpha = .82$ ) e g) Tempos Livres ( $\alpha = .70$ ). Somando todos itens obtém-se uma Escala Total cuja consistência interna é excelente ( $\alpha = .97$ ).

A correlação entre cada item e o fator em que está inserido é sempre superior a .52 e os coeficientes alfa encontrados para cada fator são maiores que .90 o que é indicador de que este instrumento possui uma elevada consistência interna (Narciso, 2001).

### 3.3. *Procedimento*

#### 3.3.1. *Critérios de Inclusão na Amostra*

Para seleccionar a amostra, tiveram de ser definidos vários critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão são os seguintes: idade superior a 18 anos, fluência na Língua Portuguesa falada, experiência de pelo menos uma IEG, morte fetal ou perda perinatal ao longo da vida.

A opção pelo estudo da ocorrência da IEG tardia, morte fetal no segundo e terceiro trimestres, e pela perda perinatal prende-se com o facto de o objetivo base do estudo ser investigar como é que a mulher vivencia a fase de luto subsequente a este tipo de perda.

### 3.3.2. Caracterização da Amostra

No total, foram recolhidos 17 protocolos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CHCL) e 13 protocolos a partir da rede social da investigadora. Consequentemente, a amostra da presente investigação abrange 30 participantes. As principais características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

*Tabela 1 - Características Sociodemográficas da Amostra*

Variável			
	M	DP	min-max
Idade (anos)	45.17	13.58	24-80
NAECS	12.30	4.96	4-20
Anos Relação Conjugal	18.73	14.10	3-60
	Condição	Frequência	Percentagem
Nacionalidade	Portuguesa	27	90%
	Estrangeira	3	10%
Estatuto Conjugal	Solteira	3	10%
	Casada/União Facto	27	90%
Estatuto Ocupacional	Trb. Conta Própria	7	23.3%
	Trb. Conta Outrem	20	66.7%
	Reformada	3	10%
Apoio Social	Sim	26	86.7%
	Não	4	13.3%

NAECS = Número de anos de estudo com sucesso; Trb. - Trabalhador

Ao observar a tabela, é notável que está presente uma grande amplitude de idades com uma média de 45.17 anos. As participantes são, na sua grande maioria de nacionalidade Portuguesa (90%). É importante referir que as participantes de nacionalidade estrangeira foram abordadas apenas quando eram fluentes em Língua Portuguesa e foram, inclusive, questionadas relativamente à capacidade de leitura e compreensão da mesma. Pode-se, também, constatar que esta é uma amostra com um bom nível de escolaridade, apresentando uma média elevada de número de anos de estudo com sucesso ( $M = 12.13$ ). No que diz respeito ao estatuto conjugal, transparece que a maioria das participantes são casadas/união de facto (90%). Quanto ao estatuto ocupacional, a maioria da população presente na amostra trabalha por conta de outrem (66.7%). No âmbito do apoio social, a maior parte das participantes sente que tem suporte e apoio social (86.7%). Na Tabela 2 são apresentadas as características clínicas da amostra.



*Tabela 2 - Características Clínicas da Amostra*

<b>Variável</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min-Max</b>
Número de gravidezes	4	1.53	2-9
Número de filhos	.97	1.07	0-3
Número de IEG	1.70	1.15	0-4
Número Morte Fetal	.47	0.57	0-2
Número Perda Perinatal	.33	0.48	0-1
Número de meses desde última perda reprodutiva	141.30	171.39	5-612

  

	<b>Condição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Acompanhamento	Sim	14	46.7%
Psicológico (passado)	Não	16	53.3%
Acompanhamento	Sim	8	26.7%
Psicológico (atualmente)	Não	22	73.3%
Motivo Acompanhamento	S/acompanhamento	13	43.3%
Psicológico	Depressão	9	30.0%
	Ansiedade	5	3.3%
	Outras	3	10%

*\* Dados relativos à gravidez na qual ocorreu a perda reprodutiva respetiva*

A amostra da presente investigação é constituída, no total, por mulheres que experienciaram algum tipo de perda reprodutiva. Dentro deste âmbito, engloba-se o número de interrupções espontâneas tardias que variou entre 0-4 ( $M = 1.7$ ), de mortes fetais entre 0-2 ( $M = .47$ ) e de perdas perinatais entre 0-1 ( $M = .33$ ). O número médio de gravidezes é 4 ( $DP = 1.53$ ) com uma variação de 2 a 9 gestações. No que diz respeito ao tópico do acompanhamento psicológico e psiquiátrico, transpareceu que, no passado, cerca de 46.7% da população afirmou ter recorrido a ajuda psicológica, sendo que, atualmente, apenas 26.7% das participantes estão a ser acompanhadas a este nível. No que diz respeito aos motivos pelos quais procuraram ajuda a este nível, as perturbações reveladas consistiram maioritariamente na depressão (30.3%) e na ansiedade (3%).

### *3.3.3. Aplicação*

As participantes foram abordadas e recrutadas em dois contextos. No primeiro caso, na sala de espera das consultas do Grupo de Estudos de Morte Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa ( $n = 17$ ). No segundo caso, foram realizadas entrevistas a partir da rede social da investigadora ( $n = 13$ ). A consulta do Grupo de Doenças Autoimunes e

Insucesso Obstétrico destina-se a acompanhar mulheres com historial prévio de IEG, morte fetal ou perda perinatal. As utentes foram abordadas pela investigadora na sala de espera ou após as consultas de enfermagem, sendo-lhes explicado com brevidade o objetivo da investigação e que a sua participação era voluntária, anónima e passível, sem qualquer consequência, de desistência em qualquer momento.

No caso de a utente aceitar participar, esta era conduzida para um gabinete, onde lhe eram facultadas a Folha de Informação à Participante e o Consentimento Informado. De seguida, numa breve entrevista, a investigadora preenchia o Questionário Sociodemográfico e Clínico. Após a entrevista, eram entregues os três instrumentos de avaliação às participantes, a Escala de Luto Perinatal, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e, por fim, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, para que as utentes lhes respondessem.

No caso de ocorrer alguma reação emocional mais intensa em que fosse necessário apoio psicológico no momento, o que não aconteceu, teria sido efetuado o pedido e a participante em questão seria encaminhada para a consulta de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

No segundo caso, é importante salientar que a investigadora não tinha relação de proximidade estabelecida com as participantes, sendo que as mesmas foram sugeridas e selecionadas através das suas conexões familiares e sociais. Estas participantes foram abordadas através de telefonemas, nos quais era sintetizado com brevidade o objetivo do estudo e que a sua participação era voluntária, anónima e passível de desistência, sem qualquer consequência, sendo que podiam desistir a qualquer momento. No caso de aceitar participar, era agendada a entrevista, que era depois realizada num gabinete de fácil acesso, mas privativo. No dia estipulado, após uma breve troca de palavras, eram facultadas a Folha de Informação à Participante e o Consentimento Informado. De seguida, numa breve entrevista, a investigadora preenchia o Questionário Sociodemográfico e Clínico. Após a entrevista, eram entregues os três instrumentos de avaliação às participantes, a Escala de Luto Perinatal, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e, por fim, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, para que lhes respondessem.

No caso de ocorrer alguma reação emocional mais intensa em que fosse necessário apoio psicológico no momento, o que não aconteceu, a investigadora tinha previamente

entrado em contacto com uma colega psicóloga, que tinha assegurado poder dirigir-se ao local, de imediato, de forma a prestar auxílio psicológico em caso de descompensação emocional.



#### 4. Resultados e Discussão

##### 4.1. Estatísticas Descritivas das Medidas

Na Tabela 3 apresentam-se sumariamente as estatísticas descritivas e a análise da consistência interna da Escala de Luto Perinatal e das respectivas subescalas.

*Tabela 3 - Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da Escala de Luto Perinatal e respectivas subescalas*

Escalas	Médias	Desvio- Padrão	Min	Max	Assimetria	Kurtose	$\alpha$
Luto Ativo	37.50	9.68	11	55	-.32	.85	.86
Dificuldade de <i>Coping</i>	27.23	9.34	14	53	.88	.72	.86
Desespero	25.07	9.86	13	52	1.37	1.66	.88
Escala_Total	89.87	26.45	39	160	.92	1.13	.94

Min – Máx = Mínimo – Máximo

No que diz respeito às dimensões da Escala de Luto Perinatal e considerando os valores das médias de resposta, a escala na qual se verificou menor concordância com os itens foi a Escala do Desespero, em que foi obtida uma média de 25.07. Desta forma, podemos afirmar que a dimensão negativa Desespero da vivência do processo de luto foi a que registou menor grau de concordância por parte da população em estudo. É também aqui visível que, em termos de consistência interna do instrumento e respectivas subescalas, este instrumento tem elevada consistência interna em todas as escalas.

Na Tabela 4 apresentam-se sumariamente as estatísticas descritivas e a análise da consistência interna da ESSS e das respectivas subescalas.

*Tabela 4 - Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da Escala de Satisfação com o Suporte Social e respectivas subescalas*

Escalas	Médias	Desvio- Padrão	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Kurtose</i>	<i>A</i>
Satisfação com os amigos	9.90	3.06	4	15	-.41	-1.05	.81
Intimidade	15.83	3.98	4	20	-1.07	1.08	.82
Satisfação com a Família	12.7	2.49	5	15	-1.39	2.1	.82
Atividades Sociais	9.90	3.06	4	15	.22	-.74	.68
Escala Total	54.9	9.11	29	70	-.68	.65	.85

Min – Máx = Mínimo - Máximo

Considerando os valores das médias de resposta, sobressaíram duas escalas nas quais se verificou menor concordância com os itens, que foram a Subescala da Satisfação com os amigos e a Subescala das Atividades Sociais, verificando-se uma média semelhante em ambas de 9.90. Desta forma podemos afirmar que estas dimensões positivas em termos da perspectiva de suporte social por parte da população estudada, registaram menor concordância. É também aqui visível que, em termos de consistência interna da escala e respectivas subescalas, este instrumento tem elevada consistência interna na maioria das escalas com exceção da subescala Atividades Sociais que apresenta nível mais baixo de precisão.

Na Tabela 5 apresentam-se sumariamente as estatísticas descritivas e a análise da consistência interna da EASAVIC e das respectivas subescalas.

*Tabela 5 - Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal*

Escalas	Médias	Desvio- Padrão	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Kurtose</i>	<i>A</i>
Intimidade Emocional	85.00	18.42	43	108	-.69	-.44	.97
Sexualidade	27.97	6.54	12	36	-.73	.09	.94
Comunicação/Conflito	30.57	9.17	9	42	-.69	-.34	.97
Funções Familiares	16.40	4.86	5	24	-.27	-.43	.91
Rede Social	13.07	3.60	6	18	-.02	-1.07	.88
Autonomia	18.67	2.97	12	24	.21	-.06	.66
Tempos Livres	7.50	2.31	2	12	-.52	.12	.71
Escala Total	199.17	43.42	105	262	-.56	-.51	.98

Min – Máx = Mínimo – Máximo

Considerando os valores das médias de resposta, sobressaíram duas escalas nas quais se verificou menor concordância com os itens, que foram a subescala da Rede Social com uma média de 13.07 e a subescala dos Tempos Livres que apresenta uma média de 7.50. Desta forma podemos afirmar que estas dimensões em termos da perspectiva de suporte social por parte das participantes, foram as que traduziram menor satisfação. É também aqui visível que, em termos de consistência interna do instrumento e respectivas subescalas, este instrumento tem elevada consistência interna na maioria das escalas com exceção da subescala Autonomia, que apresenta uma consistência com nível mais baixo de precisão, e da subescala Tempos Livres que traduz uma consistência interna aceitável.

#### 4.2. Correlações entre as variáveis em estudo

Na Tabela 6 apresentam-se sumariamente as correlações entre a EASAVIC/respetivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas (N = 30).

*Tabela 6 - Correlação entre a EASAVIC/ respetivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas*

PGS	EASAVIC							Total
	Intimidade Emocional	Sexualidade	Comunicação/Conflito	Funções Familiares	Rede Social	Autonomia	Tempos Livres	
Luto Ativo	-.05	-.07	-.14	.01	-.06	.16	-.01	-.06
Dificuldade de Coping	-.17	-.16	-.13	-.06	-.09	.03	.02	-.12
Desespero	-.25	-.31	-.28	-.17	-.23	.05	-.17	-.26
Total	-.14	-.15	-.16	.00	-.70	.16	-.00	-.11

\*\*p < 0.01

\* p < 0.05

Não se verificam correlações significativas entre a satisfação conjugal/respetivas subescalas e a Escala de Luto Perinatal/respetivas subescalas.

Na Tabela 7 apresentam-se sumariamente as correlações entre a ESSS/respetivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas (N = 30).

*Tabela 7 – Correlação entre a ESSS/ respetivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas*

PGS	ESSS				Total
	Satisfação com Amigos	Intimidade	Satisfação com Família	Atividades Sociais	
Luto Ativo	.11	-.22	-.11	.13	-.44
Dificuldade Coping	-.15	-.24	-.23	-.18	-.25
Desespero	-.08	-.34	-.16	-.02	-.19
Total	.00	-.27	-.14	-.02	-.14

\*\*p < 0.01

\* p < 0.05

Não se verificam correlações significativas entre a escala que avalia o suporte social/respetivas subescalas e a Escala de Luto Perinatal/respetivas subescalas.



Na Tabela 8 apresentam-se sumariamente as correlações entre o Número Total de Perdas, o Número de Mortes Fetais e o Número de Gravidezes e a PGS/respectivas subescalas (N = 30).

*Tabela 8 – Correlação entre Variáveis Clínicas e a PGS/respectivas subescalas*

	PGS			
	Luto Ativo	Dificuldade Coping	Desespero	Total
Nº Total Perdas	-.17	.06	-.21	-.12
Nº Mortes Fetais	-.46**	-.30	-.38*	-.42*
Nº Gravidezes	.26	.36*	.33	.34

\*\*p < 0.01

\* p < 0.05

Não se verificam correlações significativas entre o Número Total de Perdas e a Escala de Luto Perinatal ou respectivas subescalas. Contudo, a variável Número de Mortes Fetais apresenta duas correlações significativas e uma muito significativa, todas de sinal negativo: -.42 com o resultado total ( $p < .05$ ), -.38 com o resultado da escala de Desespero ( $p < .05$ ) e -.46 com o resultado da escala de Luto Ativo ( $p < .01$ ). Além disso, a variável Número de Gravidezes apresenta uma correlação positiva significativa (.36,  $p < .05$ ) com a escala de Dificuldade de *Coping*.

### 4.3. Teste de Hipóteses

#### 4.3.1. Análises estatísticas efetuadas

No teste de hipóteses do presente estudo, foi utilizada a análise de regressão múltipla. Uma vez que na nossa amostra contamos com 30 participantes, o número de variáveis preditoras nunca foi superior a seis. Nestas análises, no primeiro modelo, foram introduzidas as variáveis sociodemográficas das participantes (idade e escolaridade) enquanto no segundo modelo, foram introduzidas algumas variáveis clínicas de relevo (número de gravidezes e número de mortes fetais). Finalmente, para cada hipótese, no terceiro modelo, foram inseridas as respectivas variáveis independentes. Na testagem da Hipótese Geral 3, a variável número de mortes fetais foi excluída de forma a evitar a

sobreposição com a variável independente número total de perdas reprodutivas. Todas as variáveis foram estudadas do ponto de vista do ajustamento à distribuição normal. Em todas as análises, foram observados os valores de VIF e de Tolerância de forma a garantir que o tratamento estatístico não seria afetado por questões de multicolinearidade.

#### *4.3.2. Teste da Hipótese 1*

De forma a avaliar a Hipótese 1, procedeu-se à análise das correlações entre a satisfação conjugal e a vivência da fase de luto subsequente a uma perda perinatal, o que foi feito através do índice da correlação de Pearson ( $r = -.11$ ,  $p = .58$ ) (Tabela 6). A testagem da Hipótese Geral 1 foi realizada através de análise de regressão, que teve como variável independente a satisfação conjugal e como variável dependente a vivência do processo de luto, tanto no que se refere à escala total, como no que diz respeito às várias subescalas. Os resultados indicam que a satisfação conjugal não dá um contributo significativo para a explicação da variância da vivência do processo de luto (Anexo XIII, Tabela 1): Total ( $R^2 = .24$ ,  $F = .16$ ,  $p = .69$ ), Intimidade Emocional ( $R^2 = .36$ ,  $F = .24$ ,  $p = .63$ ), Sexualidade ( $R^2 = .36$ ,  $F = .05$ ,  $p = .83$ ), Comunicação/ Conflito ( $R^2 = .37$ ,  $F = .45$ ,  $p = .51$ ), Funções Familiares ( $R^2 = .37$ ,  $F = .38$ ,  $p = .54$ ), Rede Social ( $R^2 = .36$ ,  $F = .15$ ,  $p = .70$ ), Autonomia ( $R^2 = .36$ ,  $F = .17$ ,  $p = .68$ ) e Tempos Livres ( $R^2 = .36$ ,  $F = .31$ ,  $p = .58$ ) (Tabela 11). Assim, a Hipótese Geral 1 não é confirmada nesta investigação. Nesta sequência, podemos então afirmar que  $H_0$  não foi rejeitada neste estudo com estes instrumentos, a operacionalizar estas variáveis e nesta amostra. De facto, há que reconhecer que a amostra, além de ser de dimensão reduzida ( $N = 30$ ) tem acentuada heterogeneidade intragrupal nalgumas variáveis (e.g. amplitude etária). É de salientar ainda que, no segundo modelo, as variáveis número de gravidezes e número de mortes fetais apresentaram um contributo significativo ( $F = 6.57$ ,  $p = .01$ ).

#### *4.3.3. Teste da Hipótese 2*

O teste da Hipótese 2 foi realizado através de análise de regressão que teve como variável independente o apoio social e como variável dependente a vivência do processo de luto. Os resultados indicam que o apoio social não dá um contributo significativo para a explicação da variância da vivência do processo de luto (Anexo XIII, Tabela 2): Total ( $R^2 = .36$ ,  $F = .18$ ,  $p = .67$ ), Satisfação com os amigos ( $R^2 = .36$ ,  $F = .02$ ,  $p = .89$ ), Intimidade ( $R^2 = .39$ ,  $F = .64$ ,  $p = .54$ ), Satisfação com a família ( $R^2 = .36$ ,  $F = .06$ ,  $p = .81$ ) e Atividades Sociais ( $R^2 = .36$ ,  $F = 1.95$ ,  $p = .66$ ). Assim, a Hipótese Geral 2 não é

confirmada. É de salientar que de novo, no segundo modelo, as variáveis número de gravidezes e número de mortes fetais apresentaram um contributo significativo ( $F = 6.57$ ,  $p = .01$ ).

#### 4.3.4. *Teste da Hipótese 3*

O teste da Hipótese 3 foi realizado através de análise de regressão que teve como variável independente o número total de perdas reprodutivas (IEGs tardias, mortes fetais e perdas perinatais) e como variável dependente a vivência do processo de luto tanto na Escala Total como nas diferentes subescalas. Os resultados indicam que o número total de perdas reprodutivas não dá um contributo significativo para a explicação da variância da vivência do processo de luto (Anexo XIII, Tabela 3): Total ( $R^2 = .36$ ,  $F = 1.75$ ,  $p = .68$ ), Luto ativo ( $R^2 = .18$ ,  $F = 2.34$ ,  $p = .14$ ), Dificuldade de *Coping* ( $R^2 = .15$ ,  $F = .12$ ,  $p = .74$ ) e Desespero ( $R^2 = .26$ ,  $F = 4.06$ ,  $p = .06$ ). Nesta sequência, a Hipótese Geral 3 não é confirmada. É importante realçar que, apesar de não ter variância significativa, a escala do Desespero apresenta uma tendência no sentido de o número de gravidezes poder influenciar o nível de desespero que a mulher sentirá na fase de luto subsequente a uma perda gestacional, sendo a sua significância próxima de .05. Nesta linha, é possível que se a amostra presente no estudo fosse maior, o número total de perdas gestacionais fosse preditor da variável Desespero.

#### 4.3.5. *Discussão do Teste de Hipóteses*

Tanto na análise da primeira como da segunda hipóteses, as variáveis conjugais e de apoio social, que se esperava predizerem a intensidade do luto, não confirmaram essa predição, mas em contrapartida surgiu um efeito significativo por parte de duas variáveis clínicas, pertencentes ao questionário sociodemográfico. Assim, procedeu-se a um estudo de regressão complementar em que essas duas variáveis, “número de mortes fetais” e “número de gravidezes”, entraram como variáveis preditoras da intensidade do luto.

Em primeiro lugar, o número de mortes fetais foi significativo na predição da vivência de luto ( $R^2 = .36$ ,  $F = 8.19$ ,  $p = .01$ ) (Anexo XIII, Tabela 4), demonstrando a importância da repetição do fenómeno morte fetal na fase de luto subsequente a uma perda gestacional. Complementarmente, é relevante salientar que o número de mortes fetais apresentou também poder preditivo relativamente às subescalas Luto Ativo ( $R^2 = .36$ ,  $F = 9.76$ ,  $p = .00$ ) e Desespero ( $R^2 = .32$ ,  $F = 6.54$ ,  $p = .02$ ) (Anexo XIII, Tabela 4) pertencentes à Escala de Luto Perinatal. Nesta sequência, é interessante a correlação

negativa e significativa ( $r = -.42$ ,  $p = .02$ ) (Tabela 8) entre o número de mortes fetais e a Escala de Luto Perinatal, que apesar de não ser passível de interpretação causal, por se tratar de uma correlação, sugere alguma reflexão, visto ser um resultado contraintuitivo: quanto maior o número de mortes fetais, menor a intensidade do luto.

Assim, analisando a literatura, a capacidade de o indivíduo conseguir recuperar de um processo de luto permite-lhe comprometer-se com novas metas e objetivos (Fisher, 2001). Por outro lado, de acordo com a teoria sociocognitiva, o indivíduo tem consciência das suas capacidades de *coping* e tende a preferir situações com as quais se sente capaz de lidar e de ultrapassar (Wood & Bandura, 1989). Nesta sequência, pode-se admitir que tenha lugar um processo de habituação (Glazer, 1966a, 1966b citado em Groves, & Thompson, 1970) que se traduz na crescente capacidade de aquisição de aptidões e capacidades de adaptação para estar inserido com sucesso no ambiente que o rodeia. Assim, no âmbito da presente população, a mulher que já experienciou um episódio de morte fetal, tendencialmente, pode desenvolver recursos e competências de habituação e de *coping* que lhe facilitam ultrapassar o processo de luto subsequente a uma nova perda gestacional. A gestão de expectativas é, além disso, uma estratégia que a mulher pode utilizar no sentido de, ao engravidar novamente, pôr em marcha um processo de regulação emocional que lhe permita antecipar a possibilidade de uma morte fetal voltar a ocorrer, deste modo, adquirindo a capacidade de regular a idealização ligada às suas expectativas. Assim, face ao aumento do número de mortes fetais, a mulher pode começar a desenvolver crenças de que esta situação será recorrente e provável de se repetir sempre que engravidar, formando uma profecia autoconfirmatória (Jussim, 1986). Este processo poderá criar uma barreira emocional na experiência de luto subsequente, diminuindo a sua intensidade.

Por último, salientou-se também que o número de gravidezes é estatisticamente significativo considerando a subescala da Dificuldade de *Coping* (acr.  $R^2 = .27$ , acr.  $F = 5.84$ ,  $p = .02$ ) (Anexo XIII, Tabela 5) sendo que existe uma correlação positiva significativa não muito expressiva entre estas variáveis ( $r = .36$ ,  $p = .05$ ) (Tabela 8). Devido a esta significância ter sobressaído em apenas uma subescala, pertencente à Escala de Luto Perinatal, recomenda-se que sejam efetuadas, como proposta para futuros estudos, verificações em amostras mais amplas e mais representativas, de modo a encontrar indicadores mais expressivos da relação entre as variáveis em causa.

#### *4.4. Limitações*

A presente investigação apresentou limitações que é útil salientar e considerar por poderem ter tido implicações práticas nos resultados obtidos. A principal limitação foi a dimensão reduzida da amostra ( $N = 30$ ) o que, face à quantidade de variáveis sob estudo, criou a impossibilidade de testar as hipóteses de forma mais segura e conclusiva, fazendo com que os resultados não sejam generalizáveis à população geral.

Neste estudo, não foi considerado, na análise, o tempo desde a última perda gestacional, devido à relação entre o número de participantes e o número de variáveis independentes. Além disso, o reduzido número de sujeitos aliado à heterogeneidade em diversas variáveis (e.g. idade, tempo desde a última perda, entre outras) também não terá sido favorável ao controlo de variáveis que podem ter interferido nos resultados. Acrescente-se que, perante a experiência que a própria investigadora teve no decorrer da recolha, este fator se impôs como importante: de facto, mulheres que tinham sofrido perda gestacional há menos tempo, demonstravam mais ativação emocional e maior preocupação.



## 5. Conclusão

A presente investigação pretendeu estudar a experiência emocional da mulher na vivência do processo de luto subsequente a uma perda gestacional. Os resultados obtidos não foram ao encontro das hipóteses formuladas no estudo, nem se encontram inteiramente de acordo com a literatura mencionada, o que pode dever-se às limitações metodológicas acima referidas. No entanto, foram encontradas algumas tendências que vale a pena serem aqui incorporadas. Nomeadamente, os resultados fizeram sobressair que a relação entre o número de mortes fetais e a intensidade de luto é inversa. Esta relação pode ser o resultado conjunto de fenómenos de habituação, gestão de expectativas e profecias autoconfirmatórias. Adicionalmente, o número de gravidezes aparenta estar tendencialmente relacionado com uma vivência mais intensa do processo de luto.

Estas conclusões são importantes no sentido de poderem traduzir alguma incapacidade por parte da mulher, em se envolver emocionalmente. O facto de ter sofrido perda no passado, talvez propicie o surgimento do medo face à possibilidade de recorrer a mesma situação, potenciando o distanciamento emocional durante a gravidez. Nesta linha, em gestações futuras, a inabilidade da mulher em conseguir afeiçoar-se e criar laços e ligação com o bebé, característicos de uma gravidez saudável, pode ter implicações negativas na fase subsequente ao seu nascimento (e.g. surgimento de vinculações inseguras, depressão pós parto, entre outras).

Em termos das implicações em contexto clínico, a intervenção deve estar assente sobretudo na consciencialização dos técnicos de saúde para o diagnóstico deste género de ocorrência e no posterior encaminhamento da paciente para serviços de apoio psicológico onde uma base de segurança, empatia e validação pode contribuir para que esta ocorrência seja integrada ou atenuada.

Complementando o supramencionado, consoante aquilo que foi observado pela investigadora, foi identificado que estas mulheres manifestam ou mesmo expressam uma carência de apoio psicológico, a qual poderia ser determinante numa melhor adaptação à vivência do processo de luto subsequente a uma perda gestacional.

### 5.1. Sugestão de Estudos Futuros

Seria interessante introduzir a variável ansiedade num futuro delineamento. A avaliação de este aspeto teria como objetivo perceber de que forma os estados emocionais negativos podem influenciar o processo de luto subsequente à perda gestacional.

Do nosso estudo resulta que é particularmente difícil de determinar quais são os fatores protetores da população em causa. Por este motivo, é necessário integrar outros aspetos neste tipo de investigação. Por exemplo, inserir a medição de variáveis como a gestão de expectativas, o nível de ligação e idealização materna ou a visão do parceiro face à perda, entre outras. Isto devido a estas serem características presentes na gravidez com e sem historial de perda gestacional, o que poderá permitir proceder à comparação de grupos tendo em vista perceber se existem diferenças significativas, e em caso afirmativo, de que forma em contexto clínico as mesmas podem ser trabalhadas, de forma a, promover a saúde mental e o bem-estar na gravidez.



## 6. Referências Bibliográficas

- Andrade, A., Garcia, A., & Cano, D. (2009). *Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 143-156.
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249–259. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004
- Barbosa, A. & Neto, I. Processo de luto. In Barbosa, A. *Manual de cuidados paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Benfield D.G., Leib S.A. & Vollman J.H., (1978). Grief responses of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics* 197, 62(2), 171-177.
- Bibring, G. L., (1959). Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Brazelton, B. (2006). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development*. Cambridge, Massachussets: Da Capo Press.
- Caetano, M. R., Couto, E., Barini, R., Simoni, R. Z., Pinto e Silva, J. L., Cecatti, J. G., & Pereira, B. G. (2006). Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Revista de Ciências Médicas*, 15(1), 47-53.
- Canavarro, M.C. e Pedrosa, A. (2005), Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Cavalcanti, A., Samczuk, M., & Bonfim, T. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo informação*, 17(17), pp. 87-104. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v17n17p87-105.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2012). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398.

- Cumming, G. P., Klein, S., Bolsover, D., Lee, A. J., Alexander, D. A., Maclean, M., & Jurgens, J. D. (2007). The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(9), 1138-1145. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01452.x
- Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S. Meisels e J. Shonkoff (Edts.) *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*, 25(7), 557–568. doi:10.1080/074811801753184282
- Forrest G.C., Standish E. & Baum J.D. (1982). Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. 285(6353), 1475-1479.
- Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 35–45. doi:10.1016/s0022-3999(03)00042-4
- Grinberg (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Groves, P. M., & Thompson, R. F. (1970). Habituation: A dual-process theory. *Psychological Review*, 77(5), 419–450. doi:10.1037/h0029810
- Jussim, L. (1986). Self-fulfilling prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychological Review*, 93(4), 429–445. doi:10.1037/0033-295x.93.4.429
- Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 235-244.
- Lopes, B. (2012). Um olhar sobre as relações amorosas: Satisfação conjugal, Intimidade e Satisfação sexual (Tese de Mestrado). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa.
- Loureiro, I. (2017). Percursos Interrompidos: a Interrupção Espontânea da Gravidez e a Experiência Emocional numa Gravidez Posterior (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. Lisboa.

- Narciso, I. (1994/1995). Metamorfoses do Amor e da Satisfação Conjugal. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, pp. 129-139.
- Narciso, I. & Costa, M., E., (1996). Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A. & Canavarro, M.C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia*, 3, 37-46.
- Nogueira, P., Costa, A. Rosa, M. & Silva, J. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2012). Disponível via direcção de serviços de informação e análise – direcção geral da saúde em: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/i019665.pdf>.
- Ohman, S. G., Grunewald, C., & Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x
- Pais-Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação Com O Suporte Social. Lisboa: Placebo Editora.
- Pina Cabral, I. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In Leal, I. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp.61- 89). Lisboa: Fim de século.
- Potvin, L., Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1989). Measuring grief : A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29–45.
- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família - Perspectiva sistémica (3 ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40(1), 533–579. doi:10.1146/annurev.ps.40.020189.002533
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.

- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.
- Santos, D. (2015). A Elaboração do Luto Materno na Perda Gestacional (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarmento, R., & Setúbal, M. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciências Médicas*, 12(3), 261-268.
- Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93, pp. 119-135.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relations. In Z.Rubin (Ed.). *Doing unto others*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Wong, M., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory of Organizational Management. *Academy of Management Review*, 14(3), 361–384. doi:10.5465/amr.1989.4279067

## 7. Anexos

### *Anexo I: Aprovação pela Comissão de Deontologia do Projeto de Investigação*

#### **CONSELHO CIENTÍFICO REUNIÃO DA COMISSÃO DE DEONTOLOGIA**

**Ata nº 5**

**2017/2018**

Aos dezasseis dias do mês de fevereiro, pelas 10h, reuniu a Comissão de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a presidência do Prof. Maria José Chambel, tendo como agenda de trabalhos os seguintes pontos:

#### **1. Avaliação de Requerimentos de Aprovação de Projetos de Investigação.**

Nesta reunião estiveram presentes as Professoras Maria José Chambel, Salomé Vieira Santos, Tânia Gregório Fernandes e Maria Odília Teixeira.

#### **1. Avaliação de Requerimentos de Aprovação de Projetos de Investigação.**

(....)

- 1.12.** Projeto: “Interrupção Espontânea Tardia da Gravidez e Perda Peri Natal, Luto e Fatores Protetores”, apresentado por **Catarina Sofia de Ávila Mendonça**

*Parecer favorável (fevereiro 2018 – outubro 2018)*



*Anexo II: Autorização dos autores para tradução, validação e utilização da Perinatal Grief Scale*

**De:** Toedter, Lori [mailto:ltoedter@moravian.edu]

**Enviada:** quinta-feira, 1 de fevereiro de 2018 19:06

**Para:** João Manuel Rosado de Miranda Justo <jjusto@psicologia.ulisboa.pt>

**Assunto:** Re: REQUESTING AUTHORIZATION TO TRANSLATE AND USE THE PERINATAL GRIEF SCALE

You are welcome to use the measure. I am attaching the 33 item version (and the scoring of it) since this is the version in use. Best of luck with your work!

-Lori Toedter

**De:** João Manuel Rosado de Miranda Justo

**Enviada:** quinta-feira, 1 de fevereiro de 2018 13:18

**Para:** 'meljt01@moravian.edu' <meljt01@moravian.edu>

**Cc:** Maria João Afonso <mjafonso@psicologia.ulisboa.pt>

**Assunto:** REQUESTING AUTHORIZATION TO TRANSLATE AND USE THE PERINATAL GRIEF SCALE

Dear Professor Lori J. Toedter:

My name is João Manuel Rosado de Miranda Justo and I am Professor at the Faculty of Psychology of University of Lisbon.

On this matter, I am co working with my colleague Professor Maria João Afonso.

One of our students of the Master Degree in Psychology, Catarina Mendonça, is trying to develop her Master Thesis in the domain of perinatal loss. So, she is interested in the Perinatal Grief Scale (Toedter, Lasker, Alhadeff, 1988) in order to investigate about the variables that might be protective factors during the grief processes.

For that purpose, she would like to request non-exclusive rights to use the PGS in her research, starting by its translation for the Portuguese language and its validation with Portuguese samples. Of course, all the translation process will be in accordance to the International Test Commission test translation guidelines, and any other specific technical procedure you may request.

I would be very grateful for your kind permission.

If you require any additional information, do not hesitate to contact me at the email above.

Sincerely yours,

Lisbon, 1<sup>st</sup> of February of 2018.

(Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo,  
Faculty of Psychology of Lisbon University,  
Alameda da Universidade, 1 6 4 9 – 0 1 3 L I S B O A,  
Tel.: 217943604; e-mail: [jjusto@psicologia.ulisboa.pt](mailto:jjusto@psicologia.ulisboa.pt))





*Anexo III: Autorização dos autores para utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social*

**De:** José Luis Pais Ribeiro [mailto:jlpr@fpce.up.pt]

**Enviada:** terça-feira, 30 de janeiro de 2018 08:57

**Para:** João Manuel Rosado de Miranda Justo <jjusto@psicologia.ulisboa.pt>

**Assunto:** autorizo

Caro Colega

Autorizo o uso da versão da ESSS que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)



*Anexo IV: Autorização dos autores para utilização da Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal*

**De:** Isabel Santa Barbara Narciso

**Enviada:** segunda-feira, 29 de janeiro de 2018 15:40

**Para:** João Manuel Rosado de Miranda Justo <jjusto@psicologia.ulisboa.pt>

**Assunto:** RE: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA EASAVIC

Caro colega

Com certeza que autorizo.

Cumprimentos

Isabel Narciso

**De:** João Manuel Rosado de Miranda Justo

**Enviada:** 29 de janeiro de 2018 14:55

**Para:** Isabel Santa Barbara Narciso

**Assunto:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA EASAVIC

Exma. Sra. Professora Doutora Isabel Narciso:

A aluna Catarina Mendonça, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, encontra-se a desenvolver a sua Tese de Mestrado na área do luto perinatal.

Pretendendo entrevistar mulheres assistidas em consultas de apoio à perda perinatal, esta aluna gostaria de utilizar a escala EASAVIC.

Por esse motivo, venho solicitar a sua autorização formal.

Agradecendo toda a sua atenção e aguardando a sua resposta, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, 29 de Janeiro de 2018.

(Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo,  
Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa,  
Alameda da Universidade, 1 6 4 9 – 0 1 3 L I S B O A,  
Tel.: 2 1 7 9 4 3 6 0 4; e - mail: [jjusto@fp.ul.pt](mailto:jjusto@fp.ul.pt))



Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

da Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

Eu, Catarina Sofia de Ávila Mendonça, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da universidade de Lisboa, venho solicitar a colaboração da Maternidade a que Vossa Excelência preside para poder realizar a investigação relacionada com a minha Tese de Mestrado. Esta investigação pretende estudar, segundo a perspectiva de mulheres que experienciaram perda perinatal, quais os fatores protetores que as auxiliam em fase de luto. Junto envio o respectivo projecto bem como a documentação necessária à sua implementação.

Agradecendo toda a atenção dispensada e aguardando a resposta de Vossa Excelência, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, 29 de Janeiro de 2018.

(A investigadora Catarina Sofia de Ávila Mendonça)

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde  
da Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

Eu, Catarina Sofia de Ávila Mendonça, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da universidade de Lisboa, venho solicitar a colaboração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa para poder realizar a investigação relacionada com a minha Tese de Mestrado. Esta investigação pretende estudar, segundo a perspetiva de mulheres que experienciaram perda perinatal, quais os fatores protetores que as auxiliam em fase de luto. Junto envio o respetivo projeto bem como a documentação necessária à sua implementação.

Agradecendo toda a atenção dispensada e aguardando a resposta de Vossa Excelência, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, 29 de Janeiro de 2018.

(A investigadora Catarina Sofia de Ávila Mendonça)

Exmo. Sr. Director do Serviço de Obstetrícia  
da Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

Eu, Catarina Sofia de Ávila Mendonça, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, venho solicitar a colaboração do Serviço de Obstetrícia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa para poder realizar a investigação relacionada com a minha Tese de Mestrado. Esta investigação pretende estudar, segundo a perspectiva de mulheres que experienciaram perda perinatal, quais os fatores protetores que as auxiliam em fase de luto. Junto envio o respectivo projecto bem como a documentação necessária à sua implementação.

Agradecendo toda a atenção dispensada e aguardando a resposta de Vossa Excelência, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, 29 de Janeiro de 2018.

(A investigadora Catarina Sofia de Ávila Mendonça)





Anexo VI: Consentimento Informado

Tese de Mestrado Integrado em Psicologia

Investigadora: Catarina Sofia de Ávila Mendonça

Orientadores: Doutora Maria João Afonso e Doutor João Justo

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa - Ano Letivo 2017/2018

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**Interrupção Espontânea Tardia da Gravidez, Morte Fetal e Perda Perinatal,  
Luto e Fatores Protetores**

Ao assinar esta página, confirmo o seguinte:

- ☒ Li e compreendi a Folha de Informação à Participante do estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre isso e de colocar questões;
- ☒ Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- ☒ Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus cuidados médicos ou direitos legais sejam afetados;
- ☒ Consinto participar neste estudo e na divulgação dos dados como descrito anteriormente;
- ☒ Recebi um exemplar, que devo guardar, da Folha de Informação à Participante.

Nome Completo da Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**“Interrupção Espontânea Tardia da Gravidez, Morte Fetal e Perda Perinatal:  
Luto e Fatores Protetores”**

Tese de Mestrado Integrado em Psicologia

Investigadora: Catarina Sofia de Ávila Mendonça

Orientadores: Doutora Maria João Afonso e Doutor João Justo

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa - Ano Letivo 2017/2018

**Folha de Informação à Participante**

A presente investigação insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, realizada pela aluna Catarina Sofia de Ávila Mendonça, sob a orientação da Professora Maria João Afonso e do Professor Doutor João Justo. O objetivo do estudo é averiguar se existem fatores protetores que auxiliem a mulher, quando esta experiencia perda peri natal, e se sim, quais são estes recursos.

A decisão de participar nesta investigação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Em caso de desistência, não serão exigidas obrigações ou justificações nem existirão penalizações de qualquer tipo. Ao participar, aceita que sejam recolhidas informações sobre a sua vida pessoal, a nível individual, conjugal e social. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para esta investigação e mantidos confidenciais, sendo que caso o estudo seja publicado não serão revelados individualmente os dados constantes do Questionário Sociodemográfico e Clínico.

Deve ler a presente folha com atenção e colocar questões, se as tiver. Este documento ficará na sua posse, deverá ser assinado por si, caso aceite participar, e pela investigadora. De seguida, ser-lhe-á apresentado o Consentimento Informado, documento no qual confirma aceitar participar na investigação. Esse documento também será assinado por si e pela investigadora, ficando na posse da investigadora.

Caso aceite participar, passaremos à aplicação dos protocolos. Após uma breve entrevista para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, ser-lhe-ão apresentados três breves questionários: 1) Escala de Luto Perinatal, 2) Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal e 3) Escala de Satisfação com o Suporte Social. O preenchimento destes instrumentos será feito numa só sessão e não deverá ultrapassar os 30 minutos.

Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o consigo. Para qualquer outra questão, ou caso tenha interesse em tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar a investigadora através do endereço de correio electrónico cmendonca@campus.ul.pt.

Nome \_\_\_\_\_ da  
Participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Investigadora:  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## *Anexo VIII: Questionário Sociodemográfico e Clínico*

### **Interrupção Espontânea Tardia da Gravidez, Morte Fetal e Perda Perinatal, Luto e Fatores Protetores**

Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Catarina Sofia de Ávila Mendonça

#### **Questionário Sociodemográfico e Clínico**

**Data da aplicação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- 1- Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2- Nacionalidade? \_\_\_\_ Escolaridade? \_\_\_\_ (NAECS) Profissão? \_\_\_\_\_
- 3- Estatuto Conjugal – Solteira \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_ União de facto \_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_ Viúva \_\_\_\_
- 4- Estatuto Ocupacional – ECP \_\_\_\_ ECO \_\_\_\_ Desemp. \_\_\_\_ Estudante \_\_\_\_ Reformada \_\_\_\_
- 5- Sente-se apoiada a nível familiar? \_\_\_\_ Se sim, por quem? \_\_\_\_\_
- 6- A nível social, sente-se apoiada pelos seus amigos? \_\_\_\_\_
- 7- Já teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no passado? \_\_\_\_\_
- 8- Tem atualmente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? \_\_\_\_\_  
Se sim, qual o motivo do acompanhamento atual (depressão, ansiedade):  
\_\_\_\_\_

#### **Relação Conjugal**

- 1 - Anos de relação conjugal? \_\_\_\_ Número de relações anteriores? \_\_\_\_
- 2 Filhos de relações anteriores? \_\_\_\_
- 3 - Companheiro: Idade? \_\_\_\_ Escolaridade? \_\_\_\_ (NAECS) Profissão? \_\_\_\_\_

#### **História Obstétrica (nºG; nº filhos; nº IEG; nºIVG; nºICG; nºperdas; género; semanas de G):**

- 1- Quanto tempo de gravidez tem neste momento? \_\_\_\_\_
- 2- Número de consultas na GA? \_\_\_\_\_
- 3- Problemas de saúde na GA? \_\_\_\_\_
- 4- GA de risco? \_\_\_\_ Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_
- 5- Baixa médica? \_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_
- 6- Número de anos/meses desde a última IEG? \_\_\_\_\_
- 7- Estava de quantas semanas, quando descobriu que estava grávida? \_\_\_\_\_
- 8- Causa da IEG ou Perda peri natal? \_\_\_\_\_



## *Anexo IX: Escala de Satisfação com o Suporte Social*

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa - 2017/2018

Investigadora: Catarina Sofia de Ávila Mendonça

### **ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (Pais-Ribeiro, 1999)**

A seguir, vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras.

Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

Por exemplo, na primeira afirmação: Se você concorda que, por vezes, se sente sem apoio deve assinalar a letra **A**. Se você discorda, deverá assinalar a letra **E**.

	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2 – Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria.	A	B	C	D	E
3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas gostaria.	A	B	C	D	E
4 – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5 – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6 – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7 – Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8 – Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc).	A	B	C	D	E
9 – Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11 – Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12 – Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14 – Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E





## *Anexo X: Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal*

Investigadora: Catarina Mendonça – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

**EASAVIC (Narciso, I. & Costa, M. E., 1996)**

Pense na sua relação conjugal. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

**Por exemplo**, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

	Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Razoavelmente Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Completa- mente Satisfeito
1 - O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5	6
2- A distribuição de tarefas domésticas	1	2	3	4	5	6
3 - O modo como tomamos decisões	1	2	3	4	5	6
4 - A distribuição de responsabilidades	1	2	3	4	5	6
5 - O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5	6
6 - A quantidade de tempos livres	1	2	3	4	5	6
7 - O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5	6
8 - O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
9 - O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5	6
10 -A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5	6
11 - A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
12 - A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5	6
13 - A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
14 - A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5	6
15 - O modo como conversamos	1	2	3	4	5	6
16 - Os assuntos sobre os quais conversamos	1	2	3	4	5	6
17 - A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5	6
18 - O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5	6
19 - O que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
20 - O que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
21 - O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
22 - O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5	6

	Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Razoavelmente Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Completament e Satisfeito
23 - O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
24 - O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
25 - A frequência com que temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
26 - O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
27 - O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
28 - A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5	6
29 - O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
30 - O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1	2	3	4	5	6
31 - A confiança que tenho no meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
32 - A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1	2	3	4	5	6
33- A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
34- A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
35 - A partilha de interesses e atividades	1	2	3	4	5	6
36 - A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
37 - A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	1	2	3	4	5	6
38 - Os nossos projetos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39 - As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40 - As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41 - O aspeto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42 - A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	1	2	3	4	5	6
43 - As características e hábitos do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
44- A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

## Anexo XI: Tradução e Retroversão da Perinatal Grief Scale

### Perinatal Grief Intensity Scale (Potvin, Lasker & Toedter, 1989)

Tradução para Português da  
**Escala de Intensidade do Luto Perinatal**  
(Mendonça, C. & Afonso, M.J., 2018)

### RETROVERSÃO (Rosa Fontes)

	Tradução	Retroversão	Original
R	1. Concordo fortemente 2. Concordo 3. Não concordo nem discordo 4. Discordo 5. Discordo fortemente	1. I strongly agree 2. I agree 3. I neither agree nor disagree 4. I disagree 5. I strongly disagree	1. Strongly agree 2. Agree 3. Neither agree nor disagree 4. Disagree 5. Strongly disagree
1	Sinto-me deprimida.	I feel depressed.	I feel depressed.
2	Acho difícil conviver com certas pessoas.	I find it difficult to be with certain people.	I find it hard to get along with certain people.
3	Sinto-me vazia por dentro.	I feel empty inside.	I feel empty inside.
4	Não consigo manter as minhas atividades habituais.	I am not able to keep up with my routine.	I can't keep up with my normal activities.
5	Sinto necessidade falar acerca do bebé.	I feel that I need to talk about the baby.	I feel a need that to talk about the baby.
6	Estou em sofrimento pelo bebé.	I am mourning for the baby.	I am grieving for the baby.
7	Estou assustada.	I feel terrified.	I am frightened.
8	Ponderei o suicídio desde a perda do bebé.	The idea of suicide has occurred to me, since I lost the baby.	I have considered suicide since the loss.
9	Tomo medicamentos para os meus nervos.	I take medication for anxiety.	I take medicine for my nerves.
10	Tenho mesmo muitas saudades do bebé.	I miss my baby very much.	I very much miss the baby.
11	Sinto que me adaptei bem à perda.	I feel that I have adjusted well to the loss.	I feel I have adjusted well to the loss.
12	É doloroso recuperar as memórias da perda.	It is painful when memories of the loss come back.	It is painful to recall memories of the loss.
13	Fico transtornada quando penso no bebé.	I feel bad when I think about the baby.	I get upset when I think about the baby.
14	Choro quando penso nele/nela.	I cry when I think about him/her.	I cry when I think about him/her.

15	Sinto-me culpada quando penso no bebé.	I feel guilty when I think about the baby.	I feel guilty when I think about the baby.
16	Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebé.	I feel physically sick when I think about the baby.	I feel physically ill when I think about the baby.
17	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso, desde que ele/ela morreu.	I feel unprotected living in a dangerous world, since he/she died.	I feel unprotected in a dangerous world, since he/she died.
18	Tento rir-me mas já nada me parece ter graça.	I try to laugh but nothing seems funny anymore.	I try to laugh but nothing seems funny anymore.
19	O tempo passa tão devagar desde que o bebé morreu.	Time goes by so slowly since the baby died.	Time goes by so slowly since the baby died.
20	A melhor parte de mim morreu com o bebé.	The best part of me died with the baby.	The best part of me died with the baby.
21	Tenho dececionado as pessoas desde que o bebé morreu.	I have disappointed people since the baby died.	I have let people down since the baby died.
22	Sinto-me sem valor desde que ele/ela morreu.	I feel useless since he/she died.	I feel worthless since he/she died.
23	Culpo-me a mim própria pela morte do bebé.	I blame myself for his/her death.	I blame myself for the baby's death.
24	Entro em conflito com os meus amigos e familiares mais do que deveria.	I get angry with my friends and relatives more than I should.	I get cross at my friends and relatives more than I should.
25	Às vezes sinto que preciso de um aconselhamento para me ajudar a recompor a minha vida.	Sometimes I feel that I need a professional therapist to help me to recover my life.	Sometimes I feel like I need a professional counselor to help me get my life back together again.
26	Sinto-me como se apenas existisse sem realmente viver a vida, desde que ele/ela morreu.	I feel like I exist without really living life, since he/she died.	I feel as though I'm just existing and not really living since he/she died.
27	Sinto-me tão só, desde que ele/ela morreu.	I feel so lonely, since he/she died.	I feel so lonely since he/she died.
28	Sinto-me algo distante e alheada, mesmo entre amigos.	I feel somewhat distant and alienated, even among friends.	I feel somewhat apart and remote, even among friends.
29	É mais seguro não amar.	It is safer not loving.	It's safer not to love.
30	Acho difícil tomar decisões desde que o bebé morreu.	I find it difficult to make decisions since the baby died.	I find it difficult to make decisions since the baby died.
31	Preocupo-me com o que poderá vir a ser o meu futuro.	I worry about what my future might become.	I worry about what my future will be like.
32	Ser um pai ou mãe de luto é ser um "Cidadão de Segunda Classe".	Being a father or a mother in a mourning process is being "A Second Class Citizen".	Being a bereaved parent means being a "Second Class Citizen."
33	É fantástico estarmos vivos.	It is wonderful when we feel alive.	It feels great to be alive.

## *Anexo XII: Versão Portuguesa da Perinatal Grief Scale*

### **Perinatal Grief Scale**

(Toedter et al., 1988)

### **Escala de Intensidade do Luto Perinatal**

(Mendonça, C. & Afonso, M.J., 2018)

#### **Pensamentos e Sentimentos acerca do seu Processo de Luto**

Cada um dos itens consta numa afirmação acerca de pensamentos e sentimentos que algumas pessoas têm sobre um aborto espontâneo tardio ou sobre a perda perinatal, como no seu caso. Não há respostas certas ou erradas para estas declarações.

Para cada item, circule o número que melhor indica o quanto você concorda ou discorda com ele, durante período de 6 meses subsequentes à perda.

Se você não tiver certeza, use a categoria "Não Concordo nem Discordo". Por favor, tente usar esta categoria apenas quando realmente não tiver uma opinião definida.

	Concordo Fortemente	Concordo	Não Concordo nem Discordo	Discordo	Discordo Fortemente
1. Sinto-me deprimida	1	2	3	4	5
2. Acho difícil conviver com certas pessoas.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me vazia por dentro.	1	2	3	4	5
4. Não consigo manter as minhas atividades habituais.	1	2	3	4	5
5. Sinto necessidade falar acerca do bebé.	1	2	3	4	5
6. Estou em sofrimento pelo bebé.	1	2	3	4	5
7. Estou assustada.	1	2	3	4	5
8. Tenho pensado no suicídio desde a perda do bebé.	1	2	3	4	5
9. Tomo medicamentos para os meus nervos.	1	2	3	4	5
10. Tenho mesmo muitas saudades do bebé.	1	2	3	4	5
11. Sinto que me adaptei bem à perda.	1	2	3	4	5
12. É doloroso recuperar as memórias da perda.	1	2	3	4	5
13. Fico transtornada quando penso no bebé.	1	2	3	4	5
14. Choro quando penso nele/nela.	1	2	3	4	5
15. Sinto-me culpada quando penso no bebé.	1	2	3	4	5

	Concordo Fortemente	Concordo	Não Concordo nem Discordo	Discordo	Discordo Fortemente
16. Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebé.	1	2	3	4	5
17. Sinto-me desprotegida num mundo perigoso, desde que ele/ela morreu.	1	2	3	4	5
18. Tento rir-me mas já nada me parece ter graça.	1	2	3	4	5
19. O tempo passa muito devagar desde que o bebé morreu.	1	2	3	4	5
20. A melhor parte de mim morreu com o bebé.	1	2	3	4	5
21. Tenho dececionado as pessoas desde que o bebé morreu.	1	2	3	4	5
22. Sinto-me sem valor desde que ele/ela morreu.	1	2	3	4	5
23. Culpo-me a mim própria pela morte do bebé.	1	2	3	4	5
24. Entro em conflito com os meus amigos e familiares mais do que deveria.	1	2	3	4	5
25. Às vezes sinto que preciso de um aconselhamento para me ajudar a recompor a minha vida.	1	2	3	4	5
26. Sinto-me como se apenas existisse sem realmente viver, desde que ele/ela morreu.	1	2	3	4	5
27. Sinto-me muito só, desde que ele/ela morreu.	1	2	3	4	5
28. Sinto-me algo distante e alheada, mesmo entre amigos.	1	2	3	4	5
29. É mais seguro não amar.	1	2	3	4	5
30. Acho difícil tomar decisões desde que o bebé morreu.	1	2	3	4	5
31. Preocupo-me com o que poderá vir a ser o meu futuro.	1	2	3	4	5
32. Ser um pai ou mãe de luto significa ser um “Cidadão de Segunda Classe”.	1	2	3	4	5
33. É fantástico estarmos vivos.	1	2	3	4	5

### *Anexo XIII: Tabelas de Análise de Regressão*

#### Índice de Tabelas de Regressão Linear

Tabela 1 – Análise de Regressão Linear entre a EASAVIC/ respectivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas.....	64
Tabela 2 – Análise de Regressão Linear entre a ESSS/ respectivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas.....	64
Tabela 3 – Análise de Regressão Linear entre o N° Total de Perdas e a PGS/respetivas subescalas .....	65
Tabela 4 – Análise de Regressão Linear entre o N° Mortes Fetais e a PGS/respetivas subescalas .....	65
Tabela 5 – Análise de Regressão Linear entre o N° Gravidezes e a PGS/respetivas subescalas .....	65

## **Teste de Hipóteses**

### **Hipótese 1**

*Tabela 9 – Análise de Regressão Linear entre a EASAVIC/ respectivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas*

	B	SE B	$\beta$	t	Sig.
EASAVIC_TOTAL	.05	.12	.08	.4	.69
EASAVIC_IE	.15	.30	.10	.49	.63
EASAVIC_SEX	.19	.86	.05	.22	.827
EASAVIC_CC	.41	.61	.14	.67	.51
EASAVIC_FF	.62	1.00	.11	.62	.54
EASAVIC_RS	-.49	1.24	-.07	-.39	.70
EASAVIC_A	-.64	1.5	-.07	-.42	.68
EASAVIC_TL	1.20	2.15	.11	.56	.58

### **Hipótese 2**

*Tabela 10 – Análise de Regressão Linear entre a ESSS/ respectivas subescalas e a PGS/respetivas subescalas*

	B	SE B	$\beta$	t	Sig.
ESSS_TOTAL	-.22	.52	-.08	-.43	.67
ESSS_SA	-.21	1.49	-.03	-.14	.89
ESSS_I	-1.3	1.23	-.20	-1.08	.29
ESSS_SF	-.49	1.98	-.05	-.25	.81
ESSS_AS	.64	1.45	.07	.44	.66



### Hipótese 3

*Tabela 11 – Análise de Regressão Linear entre o N° Total de Perdas e a PGS/respetivas subescalas*

	B	SE B	$\beta$	t	Sig.
PGS_LA	-2.45	1.6	-.303	-1.53	.14
PGS_DC	-.54	1.57	-.07	-.34	.74
PGS_D	-3.07	1.52	-.38	-2.01	.06
PGS_TOTAL	-1.81	4.3	-.82	-.418	.68

### **Consequência do Teste de Hipóteses – Variáveis Clínicas Significativas**

#### N° de Mortes Fetais

*Tabela 12 – Análise de Regressão Linear entre o N° Mortes Fetais e a PGS/respetivas subescalas*

	B	SE B	$\beta$	t	Sig.
PGS_LA	-9.18	2.94	-.54	-3.12	.00
PGS_DC	-.54	1.57	-.07	-.34	.14
PGS_D	-7.74	3.03	-.46	-2.56	.02
PGS_TOTAL	-22.96	8.03	-.496	-2.86	.01

#### N° Gravidezes

*Tabela 13 – Análise de Regressão Linear entre o N° Gravidezes e a PGS/respetivas subescalas*

	B	SE B	$\beta$	t	Sig.
PGS_LA	1.76	1.18	.28	.15	.15
PGS_DF	2.28	1.01	.38	2.06	.05
PGS_D	2.17	1.16	.34	1.87	.07
PGS_TOTAL	6.21	3.15	.36	1.97	.06